

# Visitatie-eis herregistratie schept ongelijkheid

Roger Damoiseaux

Het deelnemen aan een visitatieprogramma wordt vanaf 2011 een herregistratie-eis. Zoals het er nu uitziet worden waarnemers en hidha's hiervan vrijgesteld. Die ongelijkheid is ontstaan doordat de visitatie vooral op de praktijk lijkt te zijn gericht en niet op de huisarts als professional. In hun argumentatie voor visitatie stellen de LHV en het NHG dat visitatie de praktijk en de huisarts de mogelijkheid geeft om breed inzicht te verschaffen in de geleverde zorg en praktijkvoering. Ook stellen zij dat dit een bewezen manier is om kwaliteit in de huisartsenpraktijk te borgen en te verbeteren. Een laatste argument is dat visitatie eveneens een herregistratie-eis is bij andere medisch specialisten en dat de huisarts daarbij niet mag achterblijven.<sup>1</sup> Een eerste vraag is dan natuurlijk: hoe sterk is het bewijs dat visitatie de kwaliteit juist weergeeft en zelfs verbetert? Een tweede vraag is of de ongelijkheid die hiermee wordt gecreëerd terecht is.

## Beoordeling echte huisartsencompetenties

Bij de beoordeling van de kwaliteit van professionals in de zorg wordt vaak gebruikgemaakt van prestatie-indicatoren en het oordeel van patiënten. Een recent rapport van het Centrum voor ethiek en gezondheid (CEG) is zeer genuanceerd over het gebruik van prestatie-indicatoren.<sup>2</sup> De schrijvers stellen dat de huidige discussie te veel is gepolariseerd, zonder een grondige discussie op inhoudelijk niveau. Om een goede signaalfunctie te kunnen vervullen moeten prestatie-indicatoren betrouwbaar en valide zijn. Literatuuronderzoek naar het gebruik van prestatie-indicatoren toont echter aan dat er qua kwaliteitsverbetering wel enig effect op instellingsniveau is, maar niet bij de individuele zorgverlener. Daar komt bij dat prestatie-indicatoren in de huisartsenpraktijk onbetrouwbaar zijn door de kleine patiëntenaantallen per huisarts en de slechte vergelijkbaarheid van de onderlinge patiëntenpopulaties.<sup>3,4</sup> Het gebruik van prestatie-indicatoren leidt zelfs tot strategisch gedrag, zoals het weren van hoogrisicopatiënten en het manipuleren van data.<sup>2</sup> Tegelijkertijd verhuult alle aandacht voor de meetbare prestatie-indicatoren de andere kerncompetenties. Hierbij denk ik aan de communicatieve aspecten en aan het inboezemen van vertrouwen. Vooral die laatste competentie is van wezenlijk belang voor het goed functioneren als huisarts. Moeten we dan blindvaren op het oordeel van patiënten? Dat is

evenmin een betrouwbare maat. Patiënten kunnen de technische kwaliteit van een huisarts immers moeilijk inschatten.<sup>5</sup> Natuurlijk kunnen ze wel iets zeggen over de eerdergenoemde competenties als bejegening en het winnen van vertrouwen, maar het is onbekend hoeveel patiënten we per huisarts moeten raadplegen voor een betrouwbaar oordeel over deze competenties.

## Gelijkheid voor elke arts

In antwoord op de tweede vraag kunnen we stellen dat er geen wetenschappelijke argumenten voor of tegen ongelijkheid bij herregistratie zijn. In Nederland hebben we bewust gekozen voor herregistratiecriteria die zijn gericht op competentie. De herregistratie heeft geen selectief doel – het opsporen van disfunctionerende dokters – maar een educatief doel: de competentie van huisartsen verbeteren.<sup>6</sup> Daarnaast vereist ons recht op professionele autonomie dat ook wij verantwoording afleggen. Kwaliteitsverbetering moet een intrinsiek onderdeel zijn van werken in de gezondheidszorg.<sup>2</sup> Dit geldt voor elke arts en daarom moet het proces van herregistratie zich dus ook richten op de individuele arts en in principe gelijk zijn voor elke arts.

Naast de bestaande NHG-accreditering en de KEMA-certificering zou deze visitatie-eis een derde bureaucratische hobbel in het kwaliteitsdenken voor de praktiserende huisarts kunnen worden. Het doel van de NHG-accreditering is om aantoonbare verbetering in de huisartsenpraktijk te brengen. Los van de bewijsvoering over de effectiviteit is dit een loffelijk streven en interessant voor verzekeraars en inspectie. Voor de beoordeling van de individuele huisarts is het echter ongeschikt. Over de KEMA-certificering kunnen we kort zijn. Protocollen leiden niet tot hogere kwaliteit van zorg.<sup>7</sup> Hoe de visitatie voor de herregistratie precies uitpakt, moeten wij als beroepsgroep nog invullen. Laten we die kans dan ook aangrijpen en vanuit de praktijk een deugdelijk visitatie-instrument ontwikkelen. Een visitatie-instrument dat door praktiserende huisartsen is gemaakt, heeft mogelijk een groter draagvlak dan weer een product uit Utrecht of van het kwaliteitsinstituut uit Nijmegen.

Het is nu de vraag hoe we die visitatie-eis moeten vormgeven, zodat deze voor alle huisartsen geldt en ook rechtvaardig is. Als de visitatie zich richt op de individuele huisarts geldt deze voor alle huisartsen. Met de huidige prestatie-indicatoren kunnen we niet tot een rechtvaardig oordeel komen. Het patiëntenoordeel is nog onvoldoende onderzocht om maatgevend te zijn. Als we dit naast het educatieve doel van de herregistratie in gedachten houden, is de nieuwe visitatie-eis misschien wel een uitgelezen mogelijkheid om ons als beroepsgroep te richten op de competenties die nu ondergesneeuwd dreigen te raken. Hierbij denk ik aan competen-

## Auteursgegevens

Huisartsenpraktijk 'de Hof van Blom', Hof van Blom 7, 8051 JT Hattem; dr. R.A.M.J. Damoiseaux, huisarts.

Correspondentie: rdamoiseaux@hotmail.com

ties als communicatie en professionaliteit uit, de opleidingseisen tot huisarts (zie kader). De praktijkorganisatie wordt immers al voldoende getoetst door zorgverzekeraars en inspectie, en kennis is min of meer gedekt door de nascholingsseis.

### Competenties

#### Communicatie

De specialist bouwt effectieve behandelingsrelaties met patiënten op.

De specialist luistert goed en verkrijgt doelmatig relevante patiëntinformatie.

De specialist bespreekt medische informatie goed met patiënten en desgewenst met familie.

De specialist doet adequaat mondeling en schriftelijk verslag over de patiëntencasus.

#### Professionaliteit

De specialist levert hoogstaande patiëntenzorg op integere, oprechte en betrokken wijze.

De specialist vertoont adequaat persoonlijk en interpersoonlijk professioneel gedrag.

De specialist kent de grenzen van de eigen competentie en handelt daarbinnen.

De specialist oefent de geneeskunde uit naar de gebruikelijke ethische normen van het beroep.

### Overzeese aanpak

Er zijn verschillende mogelijkheden om deze competenties te toetsen:<sup>8</sup> observatie van direct patiëntencontact, video-opnamen van consulten, gebruik van simulatiepatiënten of intervisie. In het Verenigd Koninkrijk bestaat sinds enkele jaren een beoordelingsprogramma (*appraisal*) voor huisartsen.<sup>9</sup> *Appraisal* is bedoeld als een methode voor zelfreflectie op je handelen met behulp van een collega. Hier zitten weliswaar de nodige haken en ogen aan en onderzoek over de effectiviteit is er nauwelijks,<sup>10</sup> maar toch kan dit programma een uitgangspunt zijn om de beoogde competenties bij de individuele huisarts te evalueren. Onderling vertrouwen en veiligheid zijn door de Britse huisartsen genoemd als belangrijke factoren om zo'n programma kans van slagen te geven.<sup>11</sup> Of de uitvoerders van een dergelijke visitatie bekende of onbekende huisartsen moeten zijn, staat nog ter discussie. Een bekende huisarts kan vertrouwd genoeg zijn om persoonlijke informatie mee te delen, maar ook te dichtbij staan om je bloot te geven. De uitvoerders gmoeten goed getrainde huisartsen zijn.<sup>11</sup> Recent onderzoek over hoe huisartsen een dergelijk programma ervaren, toonde aan dat een groot deel van hen niet het gevoel had dat het hun handelen had veranderd.<sup>12</sup> In dit onderzoek gebruikten de onderzoekers slechts een vragenlijst en dat geeft dus iets weer van wat de huisartsen voelen. Daadwerkelijke veranderingen konden de onderzoekers zo niet meten. Daarom concluderen zij dat meer onderzoek naar de effecten van dit soort programma's moet worden uitgevoerd.

### Herregistratie voor iedereen

De herregistratie-eis is deelnemen aan een visitatieprogramma zonder dat daaraan een uitkomst is verbonden die herregistratie onmogelijk maakt. Natuurlijk moet een dergelijke visitatie ook niet vrijblijvend zijn en zou de verkregen feedback tot betere communicatieve vaardigheden en een grotere professionaliteit moeten leiden. Het doel van herregistratie is immers de competentie van dokters te verbeteren. We moeten dit nader uitwerken en daarbij is de inbreng vanuit het veld essentieel.<sup>12</sup> Toetsing van de praktijkorganisatie is dan de zorg voor verzekeraars en inspectie, maar de kennis en kunde van de individuele huisarts liggen bij de herregistratie, waar ze horen, en zijn voor elke huisarts gelijk.

### Literatuur

- 1 LHV/NHG-voorstel voor aangepaste herregistratie-eisen van huisartsen. Utrecht: LHV/NHG, 2008.
- 2 Wollersheim H, Faber MJ, Grol RPTM, Dondorp WJ, Struijs AJ. Vertrouwen in verantwoorde zorg? Effecten van en morele vragen bij het gebruik van prestatie-indicatoren. Den Haag: Centrum voor ethiek en gezondheid, 2006. [http://www.ceg.nl/data/download/Versie\\_B5\\_15\\_juni.pdf](http://www.ceg.nl/data/download/Versie_B5_15_juni.pdf).
- 3 Kirk SA, Campbell SM, Kennell-Webb S, Reeves D, Roland MO, Marshall MN. Assessing the quality of care of multiple conditions in general practice: practical and methodological problems. *Qual Saf Health Care* 2003;12:421-7.
- 4 Landon BE, Normand SL, Blumenthal D, Daley J. Physician clinical performance assessment (prospects and barriers). *JAMA* 2003;290:1183-9.
- 5 Rao M, Clarke A, Sanderson C, Hammersley R. Patients' own assessment of quality of primary care compared with objective records based measures of technical quality of care. Cross sectional study. *BMJ* 2006;333:19. DOI:10.1136/bmj.38874.499167.7C.
- 6 Kooij LR. Onze (her)registratie en accreditering in internationaal perspectief (ingezonden). *Huisarts Wet* 2004;47:383-4.
- 7 Trommelen J, De Visser E. Keurmerk zorg zegt weinig over kwaliteit. *De Volkskrant*, 26 januari 2009.
- 8 Duffy FD, Gordon GH, Whelan G, Cole-Kelly K, Frankel R. Assessing competence in communication and interpersonal skills: the Kalamazoo II report. *Acad Med* 2004;79:495-507.
- 9 Conlon M. Appraisal: the catalyst of personal development. *BMJ* 2003;327:389-91.
- 10 Overeem K, Faber MJ, Arah OA, Elwyn G, Lombarts KM, Wollersheim HC, Grol RP. Doctor performance assessment in daily practice: does it help doctors or not? A systematic review. *Med Educ* 2007;41:1039-49.
- 11 McKinstry B, Peacock G, Shaw J. GP experiences of partner and external peer appraisal: a qualitative study. *Br J Gen Pract* 2005;55:539-43.
- 12 Colthart I, Cameron N, McKinstry B, Blaney D. What do doctors really think about the relevance and impact of GP appraisal 3 years on? A survey of Scottish GPs. *Br J Gen Pract* 2008;58:82-7.